

# CZY ŚMIERĆ W ERZE TECHNOLOGICZNEJ JEST MORALNA?

Marcin Siodłak

Krakowska Akademia im Andrzeja Frycza Modrzewskiego  
w Krakowie.

Promotor: dr Ewa Kurlito- Kalitowska

**SŁOWA KLUCZOWE:** tanatologia, śmierć, bioetyka, eutanazja

**STRESZCZENIE:**

W artykule przedstawiono opis dotyczący spraw moralności, śmierci w odniesieniu do czasów współczesnych. Zwrócono również uwagę na kwestie rozwoju nauk, które dokonują się bardzo szybko w czasach obecnych. Wspomniano również o kryzysie moralnym z którym możemy się spotkać w dzisiejszych czasach. Wyjaśnione zostały również pojęcia śmierci naturalnej i nienaturalnej.

**ABSTRACT:**

In this article has been described the matters of morality of death in relation to the present. It was also drawn attention to the issue of development of science, which occur very quickly at the present time. It has also been mentioned moral crisis, which we can meet today and expained the concept of natural and unnatural death.

**KEYWORDS:** thanatology, death, bioethics, euthanasia

Problem moralności i śmierci obecnie nabiera szczególnego znaczenia. Współcześnie zmienia się światopogląd, dlatego moralności i śmierci przypisuje się nowy wyraz. W pracy zwrócono uwagę na kwestię umierania i sposobu jego postrzegania w czasach obecnych.

#### Moralność współczesnego świata

Obecnie dokonuje się postęp wszelkiego rodzaju: techniczny, informatyczny, czy komunikacyjny. Zmianie ulega jakość życia, sens życia człowieka. Zakres zmian dotyczy wielu obszarów życia, dlatego też bardzo zmienia się specyfika moralna człowieka. Tempo zmian przyczynia się do występowania tak zwanego rozchwiania moralnego, które dotyczy:

- zaniku wrażliwości;
- zaniku sumienia;
- zaniżania bogactwa wewnętrznego człowieka.

W literaturze przedmiotu sytuację tą nazywa się „upadkiem moralności, kryzysem wartości etycznych” [1]. Sceptycy mówią nawet o nieodwracalnym zatraceniu, krachu w tym zakresie. Moralność nie jest słabą, nie nieznaczącą zmianą, inaczej mówiąc zmiany zachodzące w moralności są nieodwracalnym krachem. Kryzys w moralności ma negatywny wpływ na tradycyjne systemy etyczne, a także moralne, które zastępowane są przez nowsze kodeksy typu etycznego. Jednocześnie zaobserwować można opóźniony rozwój świadomości i wyobraźni etycznej w stosunku do bardzo intensywnie dokonujących się zmian cywilizacyjnych, społecznych, cywilizacyjnych, a także kulturowych. Opóźnienie to scharakteryzować można szybko postępującym osłabieniem wartości, uczuciowości moralnej, czy też zdrętwieniem ludzkich sumień. Postęp cywilizacyjny nie współgra z postępem moralnym, dlatego też zaobserwować można coraz większe konsekwencje takiego stanu rzeczy [2].

Aby odpowiedzieć na pytanie do czego prowadzi ten proces i wszystkie skutki jakie są z nim związane wystarczy przeanalizować wyniki badań psychologicznych, dotyczących zachowań sumienia oraz osobowości każdego człowieka. Wspomniane badania naukowe stanowią potwierdzenie funkcjonowania w psychice ludzkiej pewnego mechanizmu, który jest swego rodzaju motywatorem. Z jego pomocą człowiek uczy się rozróżniać dobro od zła, potrafi dokonywać wyborów w uczuciu

uwrażliwienia, przyjmuje postawę negatywną lub pozytywną w chwili osobistych negacji lub afirmacji, a także wyraża gotowość lub niechęć do podejmowania pewnych czynności.

Człowiek jest bytem moralnym, dlatego też istnieje moralność określana jako naturalna.

Moralność człowieka dotyczy również jego sumienia. To właśnie sumienie uznaje się za podstawę formułowania zdań, odnoszących się do moralności, etyki ludzkiej. Współcześnie ma miejsce kryzys dotyczący moralności: występuje on przede wszystkim w krajach wysoko rozwiniętych takich jak Francja, Stany Zjednoczone czy Niemcy. Jednak w większości przypadków nie przyjmuje on formy silnej, które nie da się w razie potrzeby odwrócić. Zdaniem wielu należy mu przypisać formę tymczasową, przejściową; a więc kryzys ten może się skończyć. Jednak w najbliższym czasie możliwe staje się jedynie jego zahamowanie z powodu zbyt silnego rozwoju. Kryzys moralny, który dzisiaj występuje dotyczy:

- tradycyjnych zasad moralnych, etycznych;
- tradycyjnego języka, który jest używany w etyce, moralności;
- różnych praw publicznych każdego człowieka [6].

Kryzys dotyczący moralności jest na tyle ważny, że moralność zalicza się do cech natury każdego człowieka. Kryzys nie dotyczy tej najgłębszej sfery moralności człowieka, a jedynie jej cechy; które są skłonne do poddawania się zmianom. W kryzysie moralnym nigdy nie ma miejsca zużywanie się zasad moralnych, etycznych; które zalicza się do podstawowych. Kryzys jednak obejmuje wiele cech moralności zależnie od cech każdego człowieka, danej kultury itp. Najczęściej kryzys moralny występuje i jest powszechnie dostrzegany wśród ludzi pełniących funkcje polityczne oraz wśród prowadzących różnorodne biznesy, również w zakresie usług medycznych, u właścicieli, pracowników firm pogrzebowych. Jak zauważono wcześniej kryzys ten obejmuje w największym stopniu kraje wysoko rozwinięte. Głównie są to sfery takie jak:

- intuicja człowieka;
- wrażliwość moralna;
- właściwe reagowanie na to, co jest dobre, a co złe;
- wybory natury moralnej;

- podpowiedzi sumienia, odnośnie decyzji, wyborów [5].

Siła zmian, które dotyczą wyszczególnionych powyżej czynników jest nie tak znacząca, aby mogła bezpowrotnie umożliwić powrót do sytuacji właściwej, a więc zażegania kryzysu. Możliwe staje się przeciwdziałanie:

- zanikowi odpowiedzialności za popełniane błędy, krzywdy;
- brakowi motywacji do ofiarowania pomocy osobie potrzebującej, zaliczanej nierzadko do najbliższej rodziny (np. znane są przypadki pozostawiania schorowanych rodziców bez opieki ze strony dzieci).

Mimo licznych sygnałów, że kryzys moralności jest wszechobecny to moralność wszystkich ludzi cechuje raczej dobra, ogólna kondycja. Jednak zakres zagrożeń, które przyczyniają się do pogłębiania kryzysu są coraz większe [3]. Występują one we wszystkich krajach wysoko rozwiniętych i w większości krajów Europy, w tym Polski. Zalicza się do nich:

- traktowanie instynktu jako jedynej wartościowej sfery życia człowieka;
- brak wyznawania potrzeb wyższego rzędu;
- skupianie się na wygodach, bogactwie.

Zatem kryzys moralności przyczynia się do tego, że obecnie człowiek chce zaspokajać potrzeby, które cechują się chęcią bycia lepszym od innych, doznawania przyjemności, budowania własnej pozycji, przeświadczenia i wyższości w stosunku do innych. Jest to między innymi:

- chęć przeżywania jedynie przyjemności;
- chęć życia w poczuciu komfortu;
- chęć do ciągłego bogacenia się;
- chęć do posiadania, używania życia [4].

Wskazane motywacje dotyczące życia nie nawiązują do zasad moralnych i etycznych; które uznaje się za bogate, tradycyjne, wartościowe. Współczesny świat niejako dąży, aby się im przeciwstawiać.

Kryzys moralności powoduje:

- zanik prawidłowego reagowania na problemy świata, krzywdy ludzkie, nieszczęścia;
- coraz mniejszy stopień uczestnictwa ludzi w akcjach humanitarnych;
- pojawianie się opinii, że tradycyjne normy moralne, etycznie nie odpowiadają czasom współczesnym [6].

### Rodzaje śmierci, medykalizacja, instytucjonalizacja

Od zarania dziejów śmierć jest istotnym elementem symboliki religijnej, niezależnie od jej rodzajów. Nauka, która zajmuje się problematyką a więc między innymi przyczynami śmierci określa się mianem tanatologii. W jej zakresie bada się również żal jej dotyczący. Przez wiele stuleci definicja śmierci identyfikowana była z procesem ustania wszystkich przejawów życia, więc wedle tejże definicji osobę uznawano za zmarłą dopiero w chwili ustania bicia serca, czy też wydania ostatniego tchnienia. Dzisiaj, kiedy nastąpił tak dynamiczny rozwój nauk medycznych, czy technik reanimacyjnych, możliwe jest „sztuczne” podtrzymywanie procesów oddychania, czy krążenia za pomocą specjalistycznych sprzętów. W konsekwencji powyższego definicja śmierci została znacznie zmodyfikowana. Współcześnie, aby uznać osobę za zmarłą, niezbędne jest stwierdzenie śmierci mózgu, dlatego też stwierdza się, że śmierć jest wynikiem ustania pracy pnia mózgu”.

Obecnie wyróżnia się następujące rodzaje śmierci:

1. Śmierć naturalną, która jest konsekwencją starzenia się,
2. Śmierć w wyniku choroby,
3. Śmierć nienaturalną, którą powodują działania czynników natury środowiskowej,
4. Śmierć mózgową, z którą związane jest wygasanie czynności układu nerwowego,
5. Śmierć gwałtowną, spowodowaną urazem np. termicznym, chemicznym, mechanicznym, czy radiacyjnym,
6. Śmierć kliniczną, którą cechuje zdolność niektórych tkanek do życia mimo zahamowania, a następnie całkowitego zaniku wszelkich czynności układów oddechowego, krążenia i nerwowego.

Biorąc pod uwagę kryterium czasowe wyróżniamy:

- śmierć nagłą - w przypadku, której zgon następuje w przeciągu kilku minut a nawet sekund,
- śmierć powolną - którą charakteryzuje agonia trwająca wiele dni, tygodni, miesięcy, czy nawet lat [6].

W literaturze przedmiotu przytacza się typologię śmierci, której rodzaj zależy od wyników przeprowadzonej sekcji zwłok. W tym kontekście wyróżnia się:

- a) przyczyny śmierci, które ją wywołują i cechują się zmianami natury anatomicznej np. zaburzenia rytmu pracy serca, uduszenie, SIDS, zatrucie lekami itp.,

b) śmierć czynnościową, której nie wywołują żadne czynniki natury anatomicznej [6].

Śmierć człowieka jest złożona dlatego obejmuje kilka następujących po sobie etapów. Cały proces śmierci poprzedzany jest tzw. agonią, czyli konaniem. Długość jej trwania jest indywidualną sprawą każdego człowieka. Związana jest z postępującym systematycznie upośledzeniem, a w końcowej fazie z zanikiem wszelkich czynności życiowych. W samym procesie śmierci wyróżnia się trzy, związane ze sobą etapy: śmierć kliniczna, śmierć mózgowa, śmierć biologiczna.

Śmierć kliniczna charakteryzuje się zanikiem oddechu, braku krążenia oraz świadomości. Wcześniej kiedy medycyna nie była jeszcze na tak zaawansowanym poziomie śmierć kliniczną traktowano jako śmierć ostateczną, w wyniku czego czasami dochodziło do pochówków ludzi znajdujących się w fazie letargu, a więc żywych. Śmierć kliniczna jest odwracalna w przypadku zastosowania reanimacji. Jej powodzenie zależy od stopnia zniszczenia narządów oraz stopnia uszkodzenia kory mózgowej. Tkanka mózgowa jest najbardziej wrażliwa na niedobory tlenu w momencie ustania funkcji oddechowych oraz zatrzymania krążenia, dlatego aby nie dopuścić do nieodwracalnych zmian w korze mózgowej należy liczyć się z czasem (3 do 6 minut). Jest to czas, w którym następuje śmierć całego mózgu, a w wyniku czego także śmierć osobowa jednostki ludzkiej. Płaska linia na monitorze EEG po przekroczeniu tego czasu jest niestety dowodem na to, że reanimowana osoba już nie odzyska świadomości i nie będzie w stanie podjąć żadnych reakcji. Organizm ludzki charakteryzuje bardzo silne uzależnienie pomiędzy pracą serca, mózgu i płuc. W przypadku śmierci, któregoś z nich pozostałe dwa organy również przestają funkcjonować [2].

Śmierć kory mózgowej nie jest jednoznaczna z zakończeniem życia jednostki, choć jest uznawana za moment ustania życia osobowego. Powoduje to fakt, że pień mózgowy jeszcze przez jakiś czas samodzielnie utrzymuje oddech. W dzisiejszych czasach, aby potwierdzić śmierć pacjenta nie wystarczy stwierdzić ustania czynności bioelektrycznej mózgu. Dlatego, aby mieć stu procentową pewność należy przeprowadzić badanie za pomocą arteriografii mózgowej, pozwalające stwierdzić przepływ krwi przez sieć naczyń umiejscowionych w mózgu.

Zbyt późno podjęte zabiegi reanimacyjne doprowadzają do podjęcia pracy serca i przywrócenia oddechu ale bez udziału kory mózgowej. Sytuacja taka ma miejsce w momencie wystąpienia nieodwracalnych zmian w korze mózgowej, dlatego

przywrócone krążenie i oddech podtrzymywane są sztucznie. Decyzja o odłączeniu aparatury sztucznie podtrzymującej podejmowana jest w chwili stwierdzenia całkowitej śmierci mózgu.

Istnieje ryzyko występowania nieodwracalnych lub długotrwałych stanów śpiączki, spowodowane częściowym uszkodzeniem mózgu. W czasie jej trwania krążenie i oddech utrzymuje się w sposób naturalny, jednak pacjent całkowicie pozbawiony jest świadomości. Medycyna zna przypadki wybudzania się pacjentów ze śpiączki trwającej wiele lat.

Determinantami śmierci biologicznej są śmierć mózgowa oraz zanik pracy serca. W jej ramach obumierają wszystkie tkanki tworzące organizm. Czas obumierania trwa kilkanaście godzin, jednak nie dłużej niż dobę i jest zależny od warunków w jakich przechowywane są zwłoki oraz od przyczyn, które doprowadziły do zgonu.

Za śmierć naturalną w ujęciu medycznym uznaje się zazwyczaj śmierć natury fizjologicznej, która jest konsekwencją procesu starzenia się organizmu. Już w organizmie noworodka zamierają pewne komórki. Można stwierdzić, więc, że śmierć jest konsekwencją amortyzacji poszczególnych struktur organizmu, które w wyniku nieodwracalnych zmian nie są w stanie spełniać funkcji podtrzymujących życie jednostki. W wyniku powyższego uznaje się, że nie istnieje żaden szczegółowy spis chorób, które można uznać, za bezpośrednią przyczynę śmierci. Zazwyczaj uznaje się, że kres życia człowieka powinien przypadać na wiek 90 - 100 lat, chociaż znane są przypadki długowieczności tj. powyżej 100 lat. Zupełnie inaczej przedstawia się specyfika śmierci nagłej, spowodowanej zmianami chorobowymi. Najczęściej jest ona dużym zaskoczeniem dla bliskich oraz otoczenia. Paradoksalnie chrześcijanie modlą się o zachowanie od nagłej i niespodziewanej śmierci. Niewątpliwie jest ona tragedią dla otoczenia, ale nierzadko dla chorego okazuje się wybawieniem i ukróceniem długich cierpień. Z punktu widzenia moralnego i etycznego śmierć naturalna jest to taka śmierć, której nie spowodował drugi człowiek. Jednakże są wyjątki w postaci samobójstwa, zabójstwa, czy eutanazji. Podsumowując śmierć zadaną ręką drugiego człowieka należy nazywać śmiercią nienaturalną.

Śmierć nienaturalna jest dość trudna do zdefiniowania z powodu różnych punktów odniesienia, zależnie od środowiska. Stosuje się ją w odniesieniu do stanów chorobowych, czy np. eutanazji. Za eutanazję uznaje się:



1. podawanie choremu środków, które finalnie mają spowodować śmierć,
2. systematyczne zwiększanie dawki medykamentów, które w konsekwencji mają doprowadzić do śmierci chorego po upływie pewnego czasu,
3. odmowę podawania posiłków choremu w trakcie choroby terminalnej lub noworodkowi w przypadku stwierdzenia nieuleczalnego kalectwa,
4. zamierzone przerwanie skutecznej terapii, która ma przyczynić się do śmierci chorego [5].

W wyniku powyższego powiedzieć można, iż eutanazja ma dwie formy: po pierwsze sprowadza się do skrócenia życia chorego, po drugie opiera się na nie wykonywaniu czynności, mających na celu uratowanie życia.

Wiele kontrowersji związanych z eutanazją dotyczy idei współczucia oraz spełnienia ostatniej woli chorego. Według „*Evangelium Vitae*” jest to postawa nazywana „wspomaganiem samobójstwem”, a co za tym idzie jest wielce niemoralną kategorią aktu samobójstwa. Praktyki eutanastyczne były znane i popierane przez wielu filozofów już w starożytności. Według nich eutanazję można było określić mianem zjawiska pozytywnego, ponieważ była swego rodzaju formą opieki nad chorymi i przyczyniała się do łagodzenia cierpień ludzi konających. Dzisiaj, pojęcie eutanazji zakorzeniło się jako śmierć nagła, powodowana z litości.

Zgodnie ze słowami papieża Jana Pawła II eutanazją nie jest „podawanie środków mających uśmierzyć ból, lub które w sposób pośredni przyspieszają śmierć, łącznie z zaśnięciem z powodu braku intencji przerwania życia”. Oznacza to, że mając na uwadze prawo do godnej śmierci dopuszcza się przyjmowanie środków, które mają łagodzić ból w przypadku, gdy zwiększone zostaje ryzyko przyspieszenia śmierci. Brakuje odpowiedzi na pytanie co w konkretnym przypadku chorobowym przyczynia się do przyspieszenia śmierci: sam ból, czy też środki mające ten ból łagodzić.

Stosunek ludzki do śmierci zależny jest od zakresu wiedzy na jej temat, stopnia religijności, poziomu wykształcenia, a także rodzajowości społeczeństwa. Współcześnie nierzadko sam kontakt z ciałem denata budzi obrzydzenie, czy lęk. Dawniej śmierć i umieranie traktowane były w kategoriach naturalnych, a przy umierającym była cała rodzina bez względu na wiek. Także zwłokami zajmowali się domownicy. Obecnie większość chorych umiera w placówkach szpitalnych, czy też hospicjach, więc śmierć w gronie rodzinnym jest dzisiaj rzadkością [1].

Umieranie w samotności, poza środowiskiem domowym, powoduje, że osoba konająca odczuwa lęk. Dawniej umieraniu towarzyszył żałobny rytuał rodzinny, który na celu miał pomoc choremu w przejściu do lepszego życia.

Dzisiaj śmierć traktuje się dwojako: z jednej strony jako naturalny kres życia, z drugiej natomiast traktowana jest ona jako temat tabu. Wiele małych dzieci nierzadko nie uczestniczy dziś w pogrzebach, co ma je ochronić przed doświadczeniem dramatyzmu, który może zaważyć na prawidłowym rozwoju psychicznym dziecka. Rozmyślanie o śmierci przychodzi wraz z wiekiem, kiedy człowiek kształtuje sobie opinię na jej temat w oparciu o doświadczenia życiowe. Młodzi ludzie zdecydowanie odsuwają od siebie myśli o śmierci, ponieważ łatwiej jest żyć w poczuciu nieświadomości lub przeświadczeniu, że śmierć to kwestia dalece perspektywiczna. Lęk przed końcem spowodował, że ludzie próbują się niejako wyzbyć śmierci i umierania ze środowiska domowego. Wpływ ma na to także medycyna, która dąży do ratowania człowieka niemal do ostatniego tchnienia życia. Niestety często zdarza się, że personel medyczny nie potrafi postępować z osobami konającymi i ostatecznie izoluje tychże pacjentów, ponieważ w natłoku obowiązków trudno jest znaleźć czas na zajmowanie się ich problemami emocjonalnymi.

Bez wątpienia w dobie współczesności bioetyka nabiera szczególnego znaczenia. Jest ona interdyscyplinarną dziedziną zarówno wiedzy teoretycznej i praktycznej. Jej istota sprowadza się do refleksji nad wymiarem etycznym szeregu działań w medycynie i biologii. Należy się spodziewać, że wysiłki badawcze w tym zakresie będą dotyczyć przede wszystkim relacji lekarz - pacjent.

Profesor Kazimierz Szewczyk, bioetyk z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi pisze w swoim artykule, że „przechwycenie umierania i śmierci przez medycynę zachodziło nie tylko za przyzwoleniem społeczeństwa, ale nawet było przez nie wymuszane. Proces ten gwałtownie przyspieszyły dokonania Ludwika Pasteura. Historycy piszą przede wszystkim o udanym szczepieniu 14-letniego chłopca pogryzionego przez wściekłego psa (1885 rok). Według trafnych słów jednego z nich, uczony tym czynem „musnął naszą cywilizację kuszącym dotykiem nieśmiertelności” i zapragnęliśmy „technologicznej nieumieralności” - zwalczania śmierci przez techniki medyczne.

Na podstawowy cel medycyny awansowała walka ze śmiercią w imię realizacji tego pragnienia. Rozwój technologii medycznych, w tym szczególnie wprowadzenie

respiratora do kliniki w latach 50. XX wieku, przekształcił ją w „heroiczne” zabiegi niejednokrotnie utrzymujące umierających w samym biologicznym trwaniu”[7]. Myślę, że w pracy lekarza, pielęgniarki czy ratownika medycznego na uwagę zasługuje fakt dopuszczenia do własnej świadomości tego, że każde życie człowieka ma swój kres. Poza budowaniem opieki zdrowotnej mającej na celu udoskonalanie procedur, badań i leczenia, które dają nam możliwość długiego życia w jak najlepszym komforcie, istotne staje się również próba stworzenia relacji lekarz – pacjent, w której akceptuje się śmierć i odrzuca obraz świata bez chorób, cierpienia i śmierci [7]. Mam wrażenie, że obecnie leczenie przyjmuje wygląd walki ze śmiercią, ale walki odłączonej od pacjenta. Walczymy tylko o to aby pacjent przeżył bez względu na cierpienie jakie mu tym sprawiamy. „Etyka troski oddając jednostkom umieranie i śmierć, odrzuca także ich zawłaszczenie przez medycynę i lekarzy. Medykalizacja i szczególnie „przywilej terapeutyczny” są przejawami tzw. paternalizmu (od słowa pater = „ojciec”). Lekarz paternalista, niby kochający ojciec, czuje się uprawniony do działania dla dobra pacjentów. Dobro to jest wyłącznie przez niego definiowane, a ewentualne zdanie podopiecznych - całkowicie pomijane”[7]. Warto wspomnieć o projekcie testamentu życia. Zakłada on, że to pacjent w momencie kiedy jest świadomy, podejmując decyzję o leczeniu w momencie kiedy nie będzie już mógł podjąć takiej decyzji. Decyzja będzie obejmowała zastrzeżenia co do terapii, w szczególności tej uznawanej za uporczywą. Musimy pamiętać, że lekarza obowiązuje ustawa o zawodzie lekarza, która stwierdza: „Lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta” (Art. 32.1). Podobną regulację zawiera Kodeks Etyki Lekarskiej, który mówi, że „Postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze wymaga zgody pacjenta” (Art. 15.1). Należy jednak przywołać określenia zabiegów proporcjonalnych i nieproporcjonalnych. Papieska Komisja ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia opracowała Kartę Pracowników Służby Zdrowia, która mówi, że w „przypadku choroby nieuleczalnej pracownik służby zdrowia nie może nigdy odmówić pacjentowi należnej mu opieki. Winien odwołać się w tym względzie do środków «proporcjonalnych». Nie ma natomiast obowiązku stosowania środków «nieproporcjonalnych»”(KPSZ 64). Kongregacja Nauki Wiary w Deklaracji o eutanazji „Iura et bona” wyjaśnia pojęcia proporcjonalne i nieproporcjonalne.

Pojęcie proporcjonalne wg. Kongregacji oznacza środki, które przynoszą spodziewane efekty lecznicze, nie niosą za sobą niebezpieczeństwa w wyniku ich stosowania. Nieproporcjonalne to takie, których stosowanie nie przynosi pewnych efektów jej zastosowania a jedynie uciążliwość, przykre działania uboczne dla chorego. Uznanie środka za nieproporcjonalny daje możliwość pacjentowi rezygnacji z niego ale nie oznacza to, że musi z niej zrezygnować. To lekarz korzystając ze swej wiedzy medycznej, doświadczenia podejmuje decyzję o tym jaki środek leczniczy zaproponować po subiektywnej ocenie ale ostatecznie to pacjent podejmuje decyzję o poddaniu się proponowanej metodzie leczenia [13]. Ściśle z omawianym wyżej tematem wiąże się definicja „uporczywej”/„daremnej terapii”. Nie ma ściśle zdefiniowanej definicji „uporczywej terapii”. Informacje takie możemy natomiast znaleźć w Kodeksie Etyki lekarskiej, który mówi: „w stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych”[8]. Projekt Ustawy o ochronie genomu ludzkiego i embrionu ludzkiego oraz Polskiej Radzie Bioetycznej i zmianie innych ustaw mówi o uporczywej terapii jako „stosowaniu procedur medycznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie, wiążąc się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta”[9]. Jak widzimy to pojęcie odnosi się do końcowych faz życia człowieka i działań z nimi związanych. Jaka jest granica między uporczywą terapią a terapią daremną? Biorąc pod uwagę definicję przytoczoną powyżej mogę się przychylić do stwierdzenia, że oba te pojęcia terapii, zarówno uporczywa jak i daremna są tożsame. Działania podejmowane w terapii uporczywej przyczyniają się jedynie do przedłużania procesu umierania a co za tym idzie skutkiem i tak jest śmierć, dlatego w praktyce jest to procedura daremna. Domaganie się pacjentów czy ich rodziny o zabiegi medyczne przedłużające umieranie wydają się wkraczaniem w pole działań lekarza. Decyzję o tym czy dana terapia przynosi jeszcze efekt dla pacjenta, ostatecznie podejmuje lekarz – nie pacjent jak to mam miejsce w uporczywej terapii, który posiada odpowiednią, profesjonalną wiedzę medyczną, umiejętności i doświadczenie.[10] Warto jednak zauważyć, że uporczywa terapia nie odnosi się jedynie do faz terminalnych życia. Uważam, że uporczywa terapia może odbywać się na każdym etapie leczenia chorego. Dlatego wspomniałem wyżej, że pacjent ma prawo przed lekarzem do podjęcia decyzji

o terapii, która mimo iż będzie przynosiła efekty lecznicze to pacjent może uznać jako nieadekwatną do jego oczekiwań, zbyt uciążliwą dla niego samego lub jego najbliższych. W tej sytuacji ma pacjent prawo odmówić takiej terapii, może również zażądać jej przerwania. Zaprzeszanie takiej terapii nie będzie niczym innym jak tylko uszanowaniem woli chorego[11].

W obliczu powyższych argumentów i stanowisk myślę, że śmierć w dobie technologii obecnej jak i przyszłej zawsze będzie moralna, bo wiązać się będzie integralnie z życiem a dokładnie jego nieuniknionym końcem. Każde życie ma swój kres. Dyskusyjne w dalszym ciągu pozostaje jaki on będzie. Czy stosowanie najnowszych technologii nie będzie pozbawiała pacjenta jego praw i godności jako człowieka, jego autonomii do podejmowania decyzji o samym sobie i jego prawie do śmierci.

#### Bibliografia:

1. Brożek A., *Ethica: terra ubi leones: skąd się biorą rozbieżności w naszych ocenach etycznych*, „Przegląd Humanistyczny”, 2006, nr 5/6, s. 163-169;
2. Gałuszka M., Szewczyk K., *Narodziny i śmierć: bioetyka kulturowa wobec stanów granicznych życia ludzkiego*, PWN, Warszawa, Łódź 2002;
3. Jedynak S., *Z teorii i historii etyki*, Książka i Wiedza, Warszawa 1983;
4. Piątek Z., *Świat człowieka w perspektywie nauk humanistycznych*, Olsztyńska Szkoła Wyższa im. Rusieckiego, Olsztyn 2005;
5. Rosmini A., *Zasady etyki*, Tow. Nauk. KUL, Lublin 1999;
6. Żardecka - Nowak M., *Moralna wartość jedności i zgody w kulturze ponowoczesnej*, *Edukacja Humanistyczna*, 2006, nr 1, s. 53 - 67;
7. [http://umed.pl/pl/\\_akt/inf\\_tmp/prof.Kazimierz%20Szewczyk.doc](http://umed.pl/pl/_akt/inf_tmp/prof.Kazimierz%20Szewczyk.doc);
8. Kodeks Etyki Lekarskiej, [http://www.nil.org.pl/xml/nil/wladze/str\\_zl/zjazd7/](http://www.nil.org.pl/xml/nil/wladze/str_zl/zjazd7/) kel, z dn. 20.X.2009 r.;
9. Projekt Ustawy o ochronie genomu ludzkiego i embrionu ludzkiego oraz Polskiej Radzie Bioetycznej i zmianie innych ustaw, <http://www.polskaxxi.pl/Czytelnia/Wartoprzeczytac/Projekt-ustawy-bioetycznej>, z dn. 14.X.2009 r.;
10. [www.ptb.org.pl/pdf/Szewczyk\\_uporczywa\\_terapia\\_1.pdf](http://www.ptb.org.pl/pdf/Szewczyk_uporczywa_terapia_1.pdf);

11. Ks. Orłowski Tomasz, STUDIA EŁCKIE 12(2010);
12. Św. Jan Paweł II, Evangelium Vitae, „M”, Kraków 1995;
13. Ks. Adam Sikora, Testament życia – co na to Kościół?, Przewodnik katolicki 50/2005;